

нии 7936 ректороманоскопий ангиодисплазия и вариксы выявлены у 3,6% всех обследуемых. Исследование, проведенное ВОЗ, показало, что распространенность варикоцеле среди мужского населения составляет 11,7%. Варикоцеле является более сложной проблемой, чем ее представляют большинство хирургов. При конгестивных простатитах изменения больше развиты в левой половине железы. Известно о высокой частоте сочетания варикоцеле и патологии простаты (Е. А. Володько и др., 2011). У с клиническими проявлениями простатита имеются значительные нарушения кровообращения в малом тазу с преобладанием венозного застоя (В. Васильев, 2007г.). Отмечается частое сочетание варикоцеле и варикоза вен левой нижней конечности, что свидетельствует о более сложных гемодинамических нарушениях не только в тестикулярном бассейне, но и всей венозной системы нижней половины тела (Ю.Т. Цуканов, 2008 г.). Учитывая, что данные заболевания с течением времени приводят к крайне тяжелым осложнениям: трофическим нарушениям, язвам, кровотечениям, прогрессированию венозной недостаточности (Дан В.Н., 1989, Lee В.В., 2002), необходимо своевременно диагностировать причины развития ВРВМТ у детей и подростков с целью адекватного и своевременного лечения.

Цель. Определить причины развития ВРВМТ у детей и подростков. Выявить варианты нарушения регионарной гемодинамики и определить алгоритм хирургического лечения.

Материал и методы. Критериями включения в исследование явился возраст от 7 до 18 лет с ВРВМТ, всего 156 пациентов. Всем пациентам проведено УЗИ, флебографическое исследование с измерением градиента давления между левой почечной веной и нижней полой веной (ЛПВ-НПВ), илиофлебография слева.

Результаты и обсуждение. Выявлено четыре варианта нарушения регионарной гемодинамики при ВРВМТ у детей и подростков. Первый вариант: градиент давления между ЛПВ-НПВ не более 10 мм Нг, синдрома Мей-Турнер (МТС) нет. Первый вариант встретился в 63% (98) случаев. Этой группе проведена эндоваскулярная окклюзия гонадных вен. Второй вариант: градиент давления между ЛПВ-НПВ не более 10 мм Нг, определяются признаки МТС. Второй вариант встретился в 28% (45) случаев. У 2% (5) из второй группы проведена операция транспозиции общей правой подвздошной артерии (ТПО-ПА). Третий вариант: градиент давления между ЛПВ-НПВ более 15 мм Нг (аорто-мезентериальная компрессия), третий вариант встретился в 5% (16) случаев, у 73% (11) пациентов третьей группы проведено гонадо-илиакальное шунтирование. Четвертый вариант: сочетание аорто-мезентериальной компрессии и МТС. Четвертый вариант встретился в 4% (6) случаев.

Выводы. Наиболее частой причиной ВРВМТ является клапанная недостаточность гонадных вен. При первом варианте нарушения гемодинамики оправдано проведение эндоваскулярной окклюзии гонадной вены. Во второй группе, при тяжелом клиническом течении, показано про-

ведение ТПОПА. В третьей группе пациентов с ВРВМТ наиболее оправданными будут хирургические вмешательства, разгружающие бассейн левой почечной вены, в частности гонадо-илиакальный анастомоз. Четвертый вариант нарушения регионарной гемодинамики с наличием артерно-мезентериальной компрессии и МТС (двойной блок) является наиболее сложным для проведения хирургической коррекции и требует дальнейшего изучения.

Глухов А.А., Кутищев Ю.В., Лобцов А.В., Алексеева Н.Т., Минеев А.Г., Юрченко В.П.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ НУЗ ДКБ НА СТ. ВОРОНЕЖ-1 ОАО «РЖД» ЗА ПЕРИОД С 2006 ПО 2014

*Дорожная клиническая больница на ст. Воронеж-1 ОАО «РЖД»,
Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко,
г. Воронеж, Российская Федерация*

Актуальность. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей как одна из актуальных и сложных проблем современной медицины приобрела в последнее десятилетие острое медицинское и социальное значение. Распространенность варикозной болезни в различных клинических стадиях очень высока среди взрослого населения. По данным различных авторов варикозная болезнь занимает одно из первых мест в нозологической структуре заболеваний многих стран мира, включая Россию, и клинически обнаруживается у 10-20%, а по отдельным группам населения — значительно чаще, достигая 50 %.

В настоящее время предлагается множество способов лечения варикозной болезни, имеющих целью достижение высоких эстетических результатов и улучшение качества жизни пациентов. Однако не все они экономически выгодны, а некоторые не обеспечивают радикализма, приводя к ранним рецидивам.

Цель. Сократить сроки госпитализации и улучшить качество жизни пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей, используя современные методы лечения.

Материал и методы. В отделении сосудистой хирургии НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Воронеж-1 ОАО «РЖД» с января 2006 по декабрь 2014 года произведено 3009 операций по поводу различных форм варикозной болезни, в том числе рецидивов ВБ: из них 68% женщин и 32% мужчин. Средний возраст пациентов составил 46,4 лет. 16% пациентов оперированы по поводу острого тромбоза ствола большой или малой подкожной вены и варикотромбофлебитов, у 10% имелись трофические язвы, 74% пациентов страдали неосложненной формой варикозной болезни. Длительность

заболевания составила от 2 до 25 лет. Кроме того, в амбулаторном порядке проведено флебосклерозирующее лечение более 700 пациентов.

Задачами, которые мы ставим перед собой, являются: обеспечение безопасности оперативных вмешательств, профилактика грозных осложнений варикозной болезни, реализация эстетического результата и достижение экономической рациональности лечения. Для решения этих задач, нами применяются малоинвазивные оперативные вмешательства: кроссэктомия, стриппинг ствола большой и малой подкожных вен, надфасциальная перевязка перфорантных вен, минифлебэктомия, дополненная, при необходимости, флебосклерозирующим лечением. При изолированной форме варикозной болезни, без поражения клапанного аппарата магистральных стволов, ограничиваемся флебосклерозированием с использованием препарата «Этоксисклерол» в различных концентрациях, в зависимости от диаметра пораженных вен. При наличии обширных трофических язв в отделении применяется кроссэктомия в сочетании с эндоскопической диссекцией перфорантных вен, а также склерозирование перфорантных вен под контролем УЗИ. При удалении ствола БПВ отдается предпочтение инвагинационной методике перед классической флебэктомией по Бэбкоку, что позволяет уменьшить объем и количество послеоперационных гематом и избежать интраоперационной травмы N. Saphenus. Все операции выполнялись под спинальной анестезией, перед операцией в обязательном порядке производилось ультразвуковое дуплексное сканирование венозного русла, целью которого являлось: определение проходимости глубоких вен нижней конечности, маркировка несостоятельных перфорантных вен и, при необходимости, - маркировка проекции сафено-поплитеального соустья. При тромбозах используется активная хирургическая тактика: флебэктомия с удалением тромбированных вариксов. Наличие неинфицированных трофических язв венозного генеза, на наш взгляд, не является противопоказанием к оперативному лечению, напротив, после операции отмечается более быстрое заживление язв по сравнению с консервативным лечением. В послеоперационном периоде обязательно назначаются препараты диосмина. Антибиотикотерапия применяется только при наличии инфицированных трофических язв, в этом случае сначала осуществляется санация язв и впоследствии - оперативное лечение. В обязательном порядке всем оперированным пациентам назначается эластическая компрессия: применялись эластичные бинты сильной растяжимости и эластичный трикотаж 2 класса компрессии (после снятия швов).

Результаты и обсуждение. Наш подход в лечении варикозной болезни позволил сократить сроки лечения на 17% по сравнению с традиционным, уменьшить длительность воспалительного процесса и быстро купировать болевой синдром. Сроки госпитализации составили от 2 дней при неосложненной форме заболевания, до 20 дней у пациентов с трофическими язвами (в среднем 10,1 день). Эстетические результаты

операции удовлетворяли всех пациентов. Значительно улучшалось качество жизни: купировался болевой синдром, исчезал или уменьшался синдром усталых ног, заживали трофические язвы, исчезали ночные судороги.

Выводы. Таким образом, наш подход к лечению варикозной болезни позволяет эффективно скорректировать нарушения венозной гемодинамики, осложненной отеком синдромом, трофическими язвами и болевыми ощущениями. Проводимое нами лечение ХВН с варикозным поражением подкожных вен безопасно, эффективно и может быть рекомендовано для широкого применения в специализированных отделениях.

*Гужков О.Н., Погорелова Н.В.,
Прохоцкий А.Н.*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЭВЛК С РАЗЛИЧНЫМ СВЕТОВЫМ ВОЛОКНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Ярославский государственный
медицинский университет,
г. Ярославль, Российская Федерация*

Актуальность. Эндовазальная лазерная облитерация характеризуется минимальной травматичностью, быстрым восстановлением трудоспособности, хорошим косметическим результатом и имеет минимальное отрицательное влияние на показатели качества жизни. В настоящее время для доставки энергии в диапазоне 1470-1560 нм используют торцевые, радиальные и 2-х кольцевые световоды.

Существующие в настоящее время публикации не позволяют в полной мере судить о показателе качества жизни пациента в раннем послеоперационном периоде в зависимости от вида оптического волокна. Изложенный момент и стал определяющим в проведении данного исследования.

Цель. Оценка болевого синдрома после проведения эндовазальной лазерной коагуляции БПВ в раннем послеоперационном периоде с использованием торцевого, радиального и 2-х кольцевого лазерного волокна.

Материал и методы. В исследование включены 150 пациентов с первичной варикозной болезнью нижних конечностей, бассейн БПВ. Функциональный класс ХВН С2-С4. Женщин 116 (78%), мужчин 34 (22%), возраст от 21 до 79 лет (в среднем $43,9 \pm 12,3$ лет). Лица трудоспособного возраста составили 79,59%. Длительность заболевания от 2 до 40 лет (в среднем $13,65 \pm 9,7$ лет).

В зависимости от использования лазерного волокна пациенты слепо рандомизированы на 3 группы: 1 – торцевой световод (50 пациентов), 2 – радиальный (50 пациентов), 3 – 2-х кольцевой (50 пациентов). С учетом светового волокна проведена сравнительная оценка болевого синдрома в зависимости от диаметра БПВ: до 10мм, 11-14мм и 15-20мм. Оценка болевого синдрома про-